Aus der Frauenklinik des Herrn Privatdozenten
Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. P. Strassmann, Berlin.

Über Nebenhornschwangerschaft mit Bericht über eine Beobachtung.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

von

Erich Hermann Julius Wienecke
approb. Arzt aus Berlin.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Promotion: 27. November 1920.

Mitsching's Buchdruckerei, Berlin N. 58, Schönhauser Allee 141a.

481

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. **Killian**
Referent: Prof. Dr. **P. Strassmann**
Korreferent: Prof. Dr. **Bumm.**

Lebenslauf.

Geboren 21. 10. 1894 zu Wallmow, Kr. Prenzlau. Reifeprüfung auf dem Realgymnasium zu Berlin-Pankow Ostern 1913. Physikum Oktober 1917. Im Heeresdienst vom August 1914 bis Dezember 1918. Approbation 28. Juni 1920. Promotion 27. November 1920.

Durch die rudimentäre Entwicklung eines der Müllerschen Fäden entsteht ein Uterus mit Nebenhorn. Bei Schwangerschaft in diesem reagiert auch das Haupthorn mit Deciduabildung und Wandhypertrophie. Die Form des schwangeren Nebenhorns ist meist anfangs kuglig, dann eiförmig; es hat eine zur Hauptachse schräge Richtung. Die hypertrophierende Hornwand ist basalwärts viel stärker muskulös als an der Kuppe. Die Länge des Verbindungsstückes zwischen Haupt- und Nebenhorn ist dem Entwicklungsgrad umgekehrt proportional. Ein Kanal fehlt in den meisten Fällen. Wie das Nebenhorn sich zur Menstruation verhält, ist nicht sicher. Histologisch findet sich oft Dreischichtung der Muscularis und vermehrter Bindegewebsgehalt. Eine Decidua kann vorhanden sein, aber auch fehlen. Man findet oft Placentarzotten innerhalb der Muscularis.

Früher Eitod ist selten. Ruptur tritt meist im 4.—5. Monat ein, und zwar bei 100 Nebenhornschwangerschaften 48 mal. Die Ursache ist der Wachstumsdruck des Eis. Prädisponierend wirkt das Eindringen der Zotten in die Muskulatur. Vorzeitiger Fruchttod kann infolge von Blutergüssen, verursacht durch hohen Innendruck und destruktive Zottenwucherung, erfolgen In 26 % erreicht die Nebenhornschwangerschaft ihr Ende. Nach dem Absterben der Frucht beginnt die Menstruation wieder regelmässig.

Bei der klinischen Diagnose ist zu achten auf genaue Anamnese, Palpation des Verbindungsstückes meistens in Höhe des inneren Muttermundes und Abgang des Lig. rotundum an der Vorder- und Aussenseite des Fruchthalters (Pfannenstielsches Zeichen). Fehlen von Schmerzen ist nicht pathognomonisch für Nebenhornschwangerschaft. Nach dem Absterben der Frucht wird oft Deciduaabgang beobachtet.

Die Mortalität bei Nebenhornschwangerschaft beträgt 5,5 %.

Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitiger Abtragung des schwangeren Horns auf dem Wege des Bauchschnitts. Uterusexstirpation ist zu vermeiden.

Strassmann hat folgende Nebenhornschwangerschaft beobachet: Die gesunde und im 6. Monat schwangere Patientin wird wegen plötzlicher starker Blutung untersucht. In der Poliklinik wurde Ovarialkystom und Abortus imminens angenommen. In der Klinik findet man die Portio aufgelockert, fast quergestellt; den Muttermund für 2 Finger durchgängig; das Corpus uteri weich und nach links und vorn gedrängt durch einen derben, mannskopfgrossen Tumor, der aus der rechten Hinterwand des Uterus hervorgeht. Im Uteruskavum wird weiches Gewebe gefühlt. Man

nimmt Myom und unvollständigen Abort an. Es werden Gewebsstücke aus dem Uterus manuell entfernt, die für fötale gehalten werden. Danach vollständiges Wohlbefinden. Nach 6 Wochen wird die Laparatomie zwecks Entfernung der Geschwulst gemacht. Dabei kommt diese zum Platzen; es zeigt sich in ihr ein sechsmonatiger, leicht mazerierter Fötus. Der Fruchthalter wird aus dem Uterus herausgeschnitten. Nach 3½ Wochen wird die Patientin als geheilt entlassen.